

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 17

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

# CANCER PRIMITIF

DE LA GLANDE DE BARTHOLIN

||o||

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Juillet 1914

PAR

GOMEZ (Laureano-Antoine)

Né à Socorro (Colombie), le 23 juillet 1885

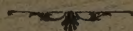
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

MENTION MÉDECINE

Examineurs  
de la Thèse

{ DE ROUVILLE, prof.-adj., *Président*.  
BOSC, professeur.  
RICHE, agrégé.  
ROGER, agrégé.

{ *Assesseurs*.



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DU  
CANCER PRIMITIF  
DE LA GLANDE DE BARTHOLIN



UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 17

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

# CANCER PRIMITIF

DE LA GLANDE DE BARTHOLIN

||o||

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Juillet 1914

PAR

GOMEZ (Laureano-Antoine)

Né à Socorro (Colombie), le 23 juillet 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

MENTION MÉDECINE

Examineurs  
de la Thèse

{ DE ROUVILLE, prof.-adj., *Président.*  
BOSC, professeur.  
RICHE, agrégé.  
ROGER, agrégé.

{ *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914



# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Administration

|                     |            |
|---------------------|------------|
| MM. MAIRET (*)..... | DOYEN.     |
| SARDA.....          | ASSESEUR.  |
| IZARD.....          | SECRÉTAIRE |

## Professeurs

|                                                    |                  |
|----------------------------------------------------|------------------|
| Clinique chirurgicale.....                         | MM. TEDENAT (*). |
| Clinique médicale.....                             | CARRIEU.         |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses.....   | MAIRET (*).      |
| Physique médicale.....                             | IMBERT.          |
| Botanique et histoire naturelle médicales.....     | GRANEL.          |
| Clinique chirurgicale.....                         | FORGUE (*)       |
| Clinique ophtalmologique.....                      | TRUC (O *).      |
| Chimie médicale.....                               | VILLE.           |
| Physiologie.....                                   | HEDON.           |
| Histologie.....                                    | VIALLETON.       |
| Pathologie interne.....                            | DUCAMP.          |
| Anatomie.....                                      | GILIS (*).       |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..... | ESTOR.           |
| Microbiologie.....                                 | RODET.           |
| Médecine légale et toxicologie.....                | SARDA.           |
| Clinique des maladies des enfants.....             | BAUMEL (*).      |
| Pathologie et thérapeutique générales.....         | BOSC.            |
| Hygiène.....                                       | BERTIN-SANS (H). |
| Clinique médicale.....                             | RAUZIER (*).     |
| Clinique obstétricale.....                         | VALLOIS.         |
| Thérapeutique et matière médicale.....             | VIRES.           |
| Anatomie pathologique.....                         | N..              |

*Professeurs adjoints* : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

*Doyen honoraire* : M. VIALLETON.

*Professeurs honoraires* : MM. E. BERTIN-SANS (\*), HAMELIN (\*), GRASSET (O \*).

*Secrétaire honoraire* : M. GOT.

## Chargés de Cours complémentaires

|                                                  |                              |
|--------------------------------------------------|------------------------------|
| Clinique gynécologique.....                      | MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.  |
| Accouchements.....                               | PUECH, profes.-adjoint.      |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....           | MOURET, profes.-adj.         |
| Pathologie externe.....                          | LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.) |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....   | JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)  |
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....  | VEDEL, agr. l. (ch. de c.)   |
| Médecine opératoire.....                         | SOUBEYRAN, a. l. (ch. dec.)  |
| Clinique annexe des maladies des vieillards..... | EUZIERE, agrégé.             |
| Accouchements.....                               | P. DELMAS, agrégé.           |

## Agrégés en exercice

|                 |               |                     |
|-----------------|---------------|---------------------|
| MM. GALAVIELLE. | MM. CABANNES. | MM. RIMBAUD.        |
| GRYNFELT.       | DEBRIEN.      | ROGER.              |
| LAGRIFFOUL.     | P. DELMAS.    | ETIENNE.            |
| LEENHARDT.      | MASSABAU.     | LISBONNE.           |
| GAUSSEL.        | EUZIERE.      | MARQUÈS, ch. des F. |
| RICHE.          | J. DELMAS.    |                     |

## Examineurs de la thèse ;

|                                             |                           |
|---------------------------------------------|---------------------------|
| MM. DE ROUVILLE, prof.-adj., <i>présid.</i> | MM. RICHE, <i>agrégé.</i> |
| BOSC, professeur.                           | ROGER, <i>agrégé.</i>     |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE VÉNÉRÉE

A MON PÈRE BIEN-AIMÉ

*Je n'oublierai jamais les généreux sacrifices que vous avez faits pour moi. Je vous dédie ce travail, couronnement de votre œuvre, comme faible témoignage de ma sincère gratitude et un gage de mon profond amour.*

A MON TRÈS CHER FRÈRE EUGENIO

*Mon premier et meilleur maître en témoignage de ma profonde gratitude.*

A LA MÉMOIRE  
DE MON TRÈS CHER FRÈRE PABLO

A MES FRÈRES, BELLE-SŒUR ET NEVEUX

A MA FEMME ET MA FILLE BIEN-AIMÉES

A MA FAMILLE ET A MES AMIS

L.-A. GOMEZ PARRA.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

*Après m'avoir comblé de vos bontés,  
vous avez bien voulu m'inspirer ce  
travail inaugural, me guider de vos  
conseils éclairés et m'honorer en  
acceptant la présidence de ma thèse.  
Je tiens à cœur de vous assurer de  
ma gratitude infinie et de mon inal-  
térable attachement.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BOSC

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

*Respectueux hommage de ma profonde  
gratitude.*

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

RICHE ET ROGER

*Respectueux hommage de reconnais-  
sance.*

A MES MAÎTRES  
DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MES MAÎTRES  
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BOGOTA ET DE L'UNIVERSITÉ  
RÉPUBLICAINE DE COLOMBIE

L.-A. GOMEZ PARRA.

## AVANT PROPOS

Avant de franchir la dernière étape de ma vie d'étudiant, il m'est très agréable de rendre publiquement un hommage de ma sincère reconnaissance à tous ceux qui, durant le cours de mes études, se sont intéressés à moi ; m'ont guidé de leurs conseils, et m'ont prodigué leurs encouragements.

Merci d'abord à vous, mon cher père et cher Eugénio, par votre labeur j'ai pu devenir ce que je suis. Trop heureux si je puis vous donner aujourd'hui une satisfaction pour les immenses sacrifices que vous vous êtes imposés.

Je n'oublierai jamais les magistrales et incomparables cliniques de mes illustres et savants maîtres MM. les professeurs Carrieu et Rauzier, pas plus que les sages conseils de MM. les professeurs Estor et Gaussel.

Monsieur le professeur Bosc m'a rendu des services d'inappréciable valeur ; qu'il reçoive l'expression émue de ma profonde reconnaissance.

Ma plus vive gratitude à M. le professeur De Rouville. Il m'a rendu les plus grands services ; il n'a cessé de me prodiguer, sans compter, son lumineux enseignement et ses conseils éclairés. Que le respect pour le savant maître et ma plus profonde sympathie soient pour lui l'assurance de ma sincère et éternelle reconnaissance.

VIII

Monsieur le professeur Jean Delmas a usé à mon égard d'une amabilité sans bornes ; qu'il reçoive mes plus sincères remerciements.

MM. les professeurs agrégés Riche, Roger et Jeanbreau surent me faire aimer les malades et l'hôpital, je leur en garderai ma plus sincère et vive gratitude.

Merçi de tout cœur à tous les maîtres de la Faculté de Montpellier ; à ceux de la Faculté de Bogota et de l'Université Républicaine de Colombie.

Je ne saurais oublier l'accueil plein de bonté et d'amitié que me firent les familles Blauvac et Milhe à mon arrivée en France, je suis très heureux de pouvoir les remercier aujourd'hui et les assurer de mon inaltérable amitié.

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DU  
CANCER PRIMITIF  
DE LA GLANDE DE BARTHOLIN

---

HISTORIQUE

Le cancer de la glande de Bartholin est suffisamment rare pour qu'Huguier et Bonnet, qui ont si magistralement et si complètement étudié et établi la pathologie de cette glande, n'en fassent pas même mention.

En cherchant dans la littérature médicale j'ai trouvé 25 observations, dont je cite 17 que j'ai pu me procurer, et auxquelles je joins une autre recueillie dans le service de M. le Professeur De Rouville, à l'Hôpital Suburbain.

L'affection, quoique rare, fut soupçonnée en 1864 par Klob qui dit avoir trouvé une tumeur de la glande de Bartholin qui avait « *l'apparence d'un cystosarcome de la mamelle* », et cet auteur croit que les inflammations chroniques de la glande peuvent dégénérer en *une tumeur dure, fibreuse, adhérente aux tissus voisins*.

En 1880, Sinn, en faisant une autopsie, trouva une tumeur dont la malignité et son point de départ bartholinien, furent nettement établis par l'examen anatomo-pathologique.

A partir de ce moment, les observations se répètent en Allemagne, Belgique, Angleterre, France, Italie et Russie, au total 25 que je sache. L'examen anatomo-pathologique des pièces fait dans la presque totalité des cas ne laisse aucun doute sur la nature maligne de ces tumeurs, ni sur leur origine aux dépens de la glande vulvo-vaginale.

## ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les auteurs classiques qui parlent du cancer des glandes de Bartholin le considèrent comme secondaire aux autres cancers des organes génitaux de la femme et comme très rare. Je cite 15 observations qui ne laissent aucun doute sur l'existence du cancer primitif de ces glandes.

D'après la statistique de Polaillon, basée sur 532 observations, le cancer des glandes vulvo-vaginales existe dans la proportion de 0,3 0/0.

Goldschmidt apporte 214 cas de cancers de la vulve, dont 7 ayant, d'une façon certaine, leur point de départ dans les glandes vulvo-vaginales. La proportion serait donc de 3,26 0/0 par rapport aux cancers de la vulve.

Je crois qu'on a le droit de croire que bon nombre des cancers de la vulve, surtout ceux qui ont débuté par le tiers postérieur de la grande lèvre, ont eu leur point de départ dans les glandes de Bartholin.

Le rôle joué par l'hérédité n'est point établi. Une seule des observations parle d'antécédents cancéreux de la malade.

Comme les autres cancers, celui-ci s'observe à partir de 40 ans en général. L'observation de Sinn se rapporte à une femme de 28 ans.

Les antécédents obstétricaux ne semblent pas jouer un rôle bien manifeste ; on trouve des multipares, des primipares et des nullipares, mais pas des vierges.

Les antécédents gynécologique et urinaire ne nous fixent pas davantage, car, à côté de femmes ayant présenté des fibromes, métrites, cystites, etc., on en trouve d'autres qui jamais n'ont été malades. Tout au plus peut-on penser que les irritations et infections chroniques favorisent son développement en préparant le terrain.

La dégénérescence maligne d'une tumeur bénigne est une autre hypothèse plausible, étant donnée l'évolution d'une durée de 3 ans *observée* dans quelques cas ; ce qui n'est point dans les allures cliniques des carcinomes.

La Pathogénie du cancer primitif des glandes de Bartholin est évidemment celle des cancers en général ; mais je laisserai de côté, de propos délibéré, ce chapitre, qui n'est pas encore tout à fait mis au point et soulève de nombreuses discussions, malgré les remarquables travaux faits par mon illustre et savant maître M. le professeur Bosc.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Je me bornerai à esquisser les traits généraux, leur étude détaillée étant faite au fur et à mesure dans chaque observation je ne voudrais pas tomber dans des redites inutiles. Mais avant d'entrer en matière, je crois utile de rappeler ici en quelques mots, la situation de cette glande, ses rapports, et sa structure, étant donnée son

importance au point de vue opératoire et pour l'étude de la forme histologique des tumeurs qu'on peut y trouver. J'emprunte ces données à M. le professeur Poirier.

*Històrique.* — En 1664, Duverney les découvrit chez la vache, treize ans plus tard, en 1677, Bartholin les trouva chez la femme et en donna une bonne description. Tombées dans l'oubli, elles furent à nouveau décrites par Tyedemann en 1840. Huguier établit leur anatomie et leur pathologie d'une façon magistrale dans une série de communications à l'Académie de Médecine et à la Société de Chirurgie (1846-1852).

*Développement.* — Ce sont des glandes muqueuses développées aux dépens d'invagination de l'épithélium du sinus uro-génital endo-dermique. Dès le début du troisième mois de la vie fœtale, on voit un bourgeon solide placé un peu au-dessus de l'embouchure du canal uro-génital dans le cloaque. Ce bourgeon se ramifie très vite et les ramifications se creusent d'une lumière recouverte par un épithélium cylindrique unistratifié. On y trouve de la mucine à partir du sixième mois de la vie fœtale.

*A) Situation.* - Il y a deux glandes, une de chaque côté ; elles sont situées sur les côtés postéro-latéraux de l'orifice vulvo-vaginal, entre lui et l'ischion. Elles se trouvent à un centimètre au-dessous de l'hymen ; à 1 cm. 1/2 de l'ischion et du revêtement cutano-muqueux du vestibule.

*Forme. Poids. Dimensions.* — Chez la femme adulte, de la grosseur d'un pois ou d'une fève, cette glande pèse de 4 à 6 gr. est aplatie transversalement, à grand axe

coïncidant avec celui de la grande lèvre; on observe des grandes variations individuelles.

Sa longueur varie de 7 à 20 mm ; sa largeur de 4 à 11 mm. et son épaisseur de 3 à 7 mm.

Sa couleur est blanc jaunâtre; sa consistance est élastique; sa surface est irrégulière.

*Rapports.* — *En dehors* se trouvent le muscle bulvo-caverneux et le bulbe du vestibule.

*En dedans*, le vagin par l'intermédiaire du sphincter vulvaire.

*En bas* le muscle bulbo-caverneux etc.

*En haut*, se trouve le diaphragme uro-génital.

*B). Le canal excréteur* naît de la face interne de la glande. Il est long de 15 à 18 mm. et large de 2 mm.. Il se dirige en avant, en dedans et un peu en bas; traverse les fibres du sphincter vulvaire et vient s'ouvrir dans le fond de la gouttière nympho-hyménale, à l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs de l'orifice vaginal.

*Structure.* — D'après les auteurs qui les ont étudiées plus récemment, on doit ranger les glandes de Bartholin parmi les glandes muqueuses tubuleuses ramifiées.

Les acini glandulaires sont groupés aux lobules par un stroma conjonctif renfermant des fibres musculaires lisses et striées, celles-ci provenant du bulvo-caverneux et du sphincter vulvaire. Le canal excréteur commun diminue de calibre à mesure qu'il s'approche de son embouchure.

L'*épithélium* de ces glandes est cylindrique à grandes cellules caliciformes; unistratifié au niveau des culs-de-sac, est pluristratifié au niveau du canal excréteur, à l'embouchure, les cellules s'aplatissent.

*La vitrée* dans les acini et les canaux excréteurs est doublée par des fibres élastiques et musculaires lisses.

Les glandes de Bartholin n'acquièrent leur volume qu'à la puberté et s'atrophient à la ménopause. Ce sont donc essentiellement des organes liés à la vie génitale, elles sécrètent un liquide épais, visqueux et expulsé surtout au moment des rapports sexuels.

*Vaisseaux.* — Les artères viennent des branches vestibulaire et périnéale superficielle de la honteuse interne.

Les veines, nombreuses, plexiformes se jettent dans la honteuse interne, dans les veines du bulbe et de l'extrémité inférieur du vagin.

Les lymphatiques existent incontestablement et il est rationnel d'admettre que ces vaisseaux se portent vers les ganglions inguinaux, étant donnée la situation topographique de la glande (Bonnet). Pas de donnée positive.

*Nerfs.* — Les nerfs sont abondants ; ils proviennent de la gaine sympathique périvasculaire et de la branche périnéo-vulvaire du nerf honteux interne.

On peut trouver des tumeurs de la glande proprement dite et des tumeurs de son canal excréteur.

A) Au niveau de la glande, les tumeurs peuvent appartenir aux divers types histologiques des tumeurs épithéliales malignes.

Le siège est celui de la glande dans le tiers postérieur de l'orifice vulvo-vaginal.

La forme est sphérique ou ovoïde et dans ce dernier cas le grand axe de la tumeur coïncide assez exactement avec celui de la grande lèvre. Toutes les observations font ressortir la mobilité de la tumeur, — laquelle est tantôt lisse, tantôt plus ou moins grossièrement bosselée ;

la dureté est une autre de ses caractéristiques. (Dans le cas de MM. Boursier et Roche, la tumeur était nettement fluctuante.) La peau est libre et saine en général, mais la muqueuse labio-vaginale adhérente de très bonne heure; cependant dans l'observation de Schlüter, elles présentent des marbrures et dans celle de Blümke elles sont ulcérées.

Les ganglions inguinaux sont envahis d'une façon tardive et inconstante.

Tous ou à peu près tous ont trouvé du tissu glandulaire normal ou assez peu modifié pour le reconnaître comme étant celui de la glande. Dans 3 observations, le canal excréteur conduit au centre de la tumeur.

Le résultat des examens microscopiques n'est pas moins concordant; à quelques détails près on voit dans les observations un stroma conjonctif peu abondant renfermant des fibres musculaires lisses et circonscrivant des alvéoles farcies de cellules plus ou moins atypiques et dont l'origine cylindrique est assez souvent reconnaissable.

MM. Begouin et Roche rapportent un cas d'épithélioma papillaire *kystique* assez analogue, disent-ils, à ceux qu'on observe à l'ovaire.

Le cas de Lestrade est relatif à un cylindrome de la glande renfermée dans une capsule fibreuse.

Honan parle aussi d'une capsule fibreuse existant tout autour d'un carcinome des plus nets.

Le cas cité par Geist est remarquable par ce fait qu'on trouve et le tissu glandulaire cylindrique normal et les alvéoles carcinomateux et en outre, dans certains points, on observe une prolifération du tissu conjonctif leur donnant une consistance dure, squirrheuse.

Un carcinome-mélanique, où les grains pigmentaires

bruns se trouvent au milieu du stroma nous est rapporté par Sinn.

*B).* Au niveau du canal excréteur les tumeurs ont un aspect bien différent de celles du corps glandulaire.

Ce sont des tumeurs ayant l'aspect d'un chou-fleur ; à surface mamelonnée reposant sur un court pédicule implanté au niveau de l'embouchure du canal dans le sillon nympho-hyménéal, émergeant de la vulve.

Leur couleur est rouge vif ; leur volume est celui d'une noix. Leur consistance est plutôt molle.

La muqueuse qui recouvre le pédicule est celle du vestibule et son aspect est normal.

Au point de vue histologique ; elles sont constituées par une charpente de tissu conjonctif-adulte, très richement vascularisé et recouverte par un épithélium cylindrique pluristratifié. On y trouve quelques cellules caliciformes.

Je cite deux observations de ces tumeurs du canal ; celles de MM. Boursier et Roche et celle de Von Frisch, elles sont concordantes.

## SYMPTOMATOLOGIE

Les malades se présentent disant que depuis quelques temps, variant de trois mois à trois ans, elles se sont aperçues, par hasard, d'une petite nodosité, dure, mobile, non douloureuse, qui siégeait à la partie postérieure de la grande lèvre, et dans son épaisseur : la gêne et la douleur semblent nulles ou minimales au début ; ou bien ces malades étaient gênées par des pertes leucorrhéiques, fétides, auxquelles se sont mêlées des hémorragies plus ou moins abondantes provoquées par la marche, le

toucher, ou tout autre contact, et elles ont remarqué l'existence d'une petite verrue à la partie postérieure de l'orifice vulvaire; quand il s'agit d'un cancer du canal excréteur. Il est à remarquer que toutes disent que, dans le dernier temps, les signes qu'elles accusent se sont accrus et complétés rapidement et progressivement.

La gêne de la marche est parfois très marquée et précise. Le coït devient impossible par suite du rétrécissement de l'orifice vulvaire par la tumeur.

La muqueuse vaginale adhère très précocement à la tumeur. Les douleurs sont tardives en général. Elles peuvent être constantes et lancinantes ou bien elles sont provoquées par les mouvements: la marche et le coït surtout. Elles s'irradient aux lombes, aux parties génitales, à la face interne des cuisses, au périnée, à l'anus.

EXAMEN LOCAL. — 1° *Tumeurs de la glande.* — a) *Inspection.* — La grande lèvre est augmentée de volume; surtout dans sa partie postérieure. La peau et la muqueuse sont en général saines, plus rarement elles sont amincies, ou bien présentent des marbrures (dans un cas la muqueuse était ulcérée). Le sillon nympho-labial a disparu dans trois des observations par dédoublement et étalement de la petite lèvre par la tumeur. On peut voir aussi un écoulement fétide se produire.

b) *Palpation.* — Dans l'épaisseur de la grande lèvre, à l'endroit correspondant à la glande, on sent une tumeur dure (elle était fluctuante dans le cas d'épithélioma papillaire kystique de Begouin et Roche), à surface le plus souvent bosselée, rarement lisse; dont le volume varie entre celui d'une noix et celui d'un poing. Cette tumeur

est en général mobile sur les plans sus et sous-jacents et indolore à la pression.

2° *Cancers du canal excréteur.* — a) *Inspection.* —

On voit entre les lèvres une tumeur pédiculée, ayant l'aspect d'un chou-fleur, de coloration rouge vif. Le pédicule est court et gros ; il s'implante au point d'embouchure du canal dans le sillon nympho-hyménéal ; tout autour la muqueuse vulvaire est congestionnée. Un écoulement fétide abondant sort des parties génitales. La grosseur de ce chou-fleur est en moyenne celle d'une petite noix.

b) *Palpation.* — La consistance de la tumeur est plutôt mollassse. Son pédicule ne s'enfonce pas profondément dans l'épaisseur des tissus au niveau de son implantation.

## DIAGNOSTIC

Etant donné que le *cancer primitif de la glande de Bartholin existe d'une façon indubitable*, comme le prouvent surabondamment les observations qui suivent, on doit penser à lui toute les fois que l'on se trouvera en présence d'une tumeur dure, bosselée, s'étant développée en pleine épaisseur de la grande lèvre, à sa partie postérieure, ayant évolué rapidement et progressivement dans l'espace de quelques mois, n'ayant eu aucun début brusque ou douloureux et s'accompagnant d'adénopathie inguinale et de mauvais état général survenu rapidement.

Ces signes permettent de le différencier :

- 1° Des bartholinites aiguës ;
- 2° Des bartholinites chroniques avec hypertrophie de

la glande. Dans ces cas il y a eu un début aigu et la marche se fait par poussées ;

3° De tous les kystes cébacés, séreux et qui sont fluctuants ;

4° Des entéroccèles et des épiplocèles qui, outre leur rareté présentent un pédicule, de l'impulsion à la toux, sont sonores à la percussion et siègent à la partie antérieure ;

5° L'ovaire ectopique a sa sensibilité spéciale.

Les tumeurs malignes en chou-fleur du canal seront facilement différenciées des papillomes et du mollusum contagiosum par la coloration, la consistance, le point d'implantation de la tumeur et de la superficialité manifeste de ces affections.

Si la tumeur est ulcérée, on doit la différencier de l'esthiomène (tuberculose vulvaire) et de la syphilis, ce qui sera facile, en se basant sur les antécédents et les caractères propres à ces ulcérations.

Les autres cancers de la vulve débutent par le clitoris ou le méat, sous forme d'une verrue suintante et s'accompagnent d'un prurit intense des parties génitales.

## EVOLUTION

L'évolution semble lente, si l'on en croit les malades, qui disent avoir ressenti la tumeur deux et trois ans auparavant. De semblables évolutions d'un cancer épithélial ne s'observent guère que dans les cancroïdes de la peau.

On ignore l'évolution spontanée de ces cancers. L'état général se conserve bon jusqu'à une époque assez avancée de la maladie.

L'adénopathie inguinale est tardive. Dans un seul cas

on a observé l'infiltration des tissus voisins. On n'a pas vu des cas de généralisation ; la récurrence, par contre, n'est pas rare. La propagation peut se faire par le vagin, vers la fosse ischio rectale où vers le rectum.

## PRONOSTIC

Etant donné que les malades viennent toujours trouver le chirurgien à une époque assez avancée de l'affection et que la récurrence est fréquente, soit au niveau de la cicatrice, soit au niveau des ganglions inguinaux, le pronostic doit toujours être réservé.

## TRAITEMENT

Le seul traitement rationnel consiste dans l'ablation large de la tumeur, dès le diagnostic posé, et l'évidement des ganglions de l'aîne si on y trouve de l'adénopathie, si minime soit-elle.

L'extirpation est à conseiller, alors même que le diagnostic est hésitant, entre une inflammation, un kyste et un néoplasme. Elle sera toujours profitable à la malade.

## OBSERVATION PREMIÈRE

Epithélioma atypique paravaginal développé fort probablement  
aux dépens de la glande de Bartholin.

Par Monsieur le Professeur de Rouville

Si l'on en juge par les observations publiées jusqu'à ce jour, le cancer de la glande de Bartholin est une affection rare. Savourin, dans sa thèse (Bordeaux 1908), joint

deux cas nouveaux aux quinze cas connus à cette date et publiés en Allemagne (Sinn, Wolff, Geist, Schweizer, Mackenrodt, Frisch, A. Martin, Honan, Von Fritsch, Blüncke), en France (Lestrade), en Belgique (Godardt), en Italie (Coen, Trotta), en Russie (Boguslarski).

Je signalerai, depuis la thèse de Savourin, les mémoires de Franck (Medizinisch Klemk, 1908, n° 36), de Schlüter (Centralblatt f. Gynék, 4908), de Fabricius (Centralblatt f. Gyn.), de Ratkowski (Berl. Kl. Woch) (1910, p. 1084).

J'ai eu la bonne fortune d'opérer, ces jours derniers, dans ma clientèle, une dame porteur, dans la région para-vaginale droite, d'une tumeur, dont la glande de Bartholin me paraît être l'origine très probable.

Voici cette observation avec l'examen anatomo-pathologique de la tumeur qu'a bien voulu faire mon collègue Massabuau.

A). *Clinique*: Mme D..., originaire du Gard, est âgée de 67 ans; c'est une femme maigre, d'apparence chétive, mais dont la santé a été toujours excellente; son père est mort à 87 ans d'accidents urinaires; sa mère à 88 ans, d'hémorragie cérébrale; elle a un frère et une sœur très bien portants. Réglée à 13 ans, elle l'a toujours été normalement jusqu'à la ménopause survenue à 40 ans. Mariée à 22 ans, elle n'a jamais eu d'enfants, ni fausses-couches; elle n'a jamais souffert du ventre; pas de pertes blanches; aucune trace d'infection vulvo-vaginale ancienne ou actuelle. A noter seulement, un certain degré d'insuffisance myocardique; essoufflement facile pendant la marche. Urines normales.

C'est, il y a 6 mois, en faisant sa toilette, qu'elle a découvert sa tumeur; celle-ci, absolument indolore, présente, à cette date, le volume d'un œuf de pigeon; sa

consistance est dure ; elle est mobile et absolument insensible à la pression. Le médecin de la famille consulté, fait les constatations précédentes et conseille des applications humides.

La malade, que sa tumeur ne gêne en aucune façon, laisse aller les choses et ne songe à consulter à nouveau son médecin que 6 mois plus tard, la tumeur paraissant augmenter de volume.

Elle a, en effet, acquis les dimensions d'un œuf de poule, et en présence de cette évolution progressive, la malade m'est adressée ; je constate alors ce qui suit : la malade étant mise en position gynécologique, les régions vulvaires et vaginales droites apparaissent très déformées dans leurs tiers inférieurs ; l'orifice vulvo-vaginal est oblitéré par la saillie que fait en ce point la tumeur ; celle-ci descend jusqu'au voisinage de l'anus et refoule en bas la peau du périnée. Le toucher vaginal montre que la muqueuse du vagin glisse sur la tumeur ; il en est de même de la muqueuse vulvaire ; le sillon qui normalement sépare la grande de la petite lèvre, est déplié ; la peau périnéale n'adhère pas à la tumeur. Saisie entre le doigt vaginal et la main périnéale, la tumeur paraît jouir d'une grande mobilité, elle se prolonge en dehors jusqu'à la branche ischio-pubienne et remonte assez haut dans la fosse ischio-rectale. Le toucher rectal permet de faire les mêmes constatations ; mais il montre en outre que la tumeur refoule le rectum de droite à gauche, et si la muqueuse rectale paraît glisser sur elle, on ne saurait affirmer que la couche musculaire du rectum n'adhère pas au néoplasme. Il n'y a pas de ganglions inguinaux. L'examen ne provoque aucune douleur au niveau de la tumeur, dont la consistance est celle du bois.

B). *Opération.* — Après une tentative infructueuse

d'anesthésie locale à la novocaïne-adrénaline, j'endors la malade à l'éther goutte à goutte, après injection hypodermique de pantopon. L'anesthésie est parfaite. Je fais alors, au milieu du sillon déplié interlabial, une incision verticale sur toute l'étendue de la tumeur. Les muqueuses vaginale et vulvaire se laissent aisément décoller ; par la brèche ainsi ouverte, je procède à la dissection de la tumeur, qui m'entraîne loin en dehors et profondément, ainsi d'ailleurs que l'examen clinique me l'avait laissé prévoir ; j'arrive ainsi jusqu'à l'ischion, auquel la tumeur n'adhère pas et, en haut, jusqu'au réleveur dont je suis obligé de dissocier les fibres ; en bas la séparation d'avec la peau se fait bien ; mais en dedans, malgré la précaution prise de repérer le rectum avec l'index introduit ganté dans sa cavité, j'ouvre l'intestin, et je suis obligé, pour parfaire l'extirpation de la tumeur, d'en réséquer une partie dans l'étendue d'une pièce de 0,50 centimes.

Suture du rectum, de la muqueuse vulvo vaginale, drainage de la fosse ischio-rectale ; pansement. Sonde vésicale à demeure. Cinq centigrammes d'extrait thébaïque, les jours suivants, purgation au 8<sup>e</sup> jour. A l'heure actuelle, 15 jours après l'intervention, la cavité se comble peu à peu ; mais il existe une petite fistule recto-vaginale et des piqûres quotidiennes d'huile camphrée et de caféine sont rendues nécessaires par la faiblesse inquiétante du cœur.

C). *Examen anatomo-pathologique.* — « La tumeur est constituée par des amas de cellules épithéliales néoplasiques atypiques, qui se présentent, en certains points, sous forme de cordons épithéliaux offrant le type de l'*épithélioma tubulé*. Les éléments cellulaires qui constituent les travées sont, en général, de petite dimension et très

serrés les uns contre les autres ; en quelques points, cependant, on voit apparaître des véritables cellules géantes épithéliales uni ou multi-nuclées, qui tranchent par leurs dimensions et par leur imprégnation plus intense par les colorants, sur le reste du tissu épithélial ; en certaines zones même, on se trouve en présence de véritables plasmodies, particulièrement nombreuses au contact des foyers de désintégration hémorragique que l'on rencontre çà et là dans la tumeur. En aucun point on ne peut voir du tissu glandulaire normal, ni de stades de prolifération adénomateuse.

Il s'agit, en somme, d'un *épithélioma atypique*, qui n'a pas le type d'un épithélioma pavimenteux, *qui est fort probablement d'origine glandulaire* (glande de Bartholin) ; l'absence de stades initiaux de la prolifération ne permet pas d'affirmer absolument cette origine..

## OBSERVATION II

(Résumée)

(W. Sinn-Inaug. Dissert. Masburg, 1880)

Femme de 28 ans. Antécédents sans importance. Mariée, pas d'enfant.

Entre à l'hôpital avec une anémie profonde ; toux douloureuse, expectoration modérée, non sanglante ; fièvre élevée ; on entend des râles de bronchite disséminés. Au cœur, on entend un souffle anémique. Le foie est normal, la rate très hypertrophiée.

La mort survient après une longue agonie, au milieu des signes de l'œdème pulmonaire et de paralysie du cœur.

A l'autopsie, on trouve la rate énorme, avec une capsule

très épaisse et présentant par place une consistance cartilagineuse. A la coupe, le parenchyme présente çà et là des taches blanches, sur un fond brun rougeâtre ; elles sont de la grosseur d'un pois.

La grande lèvre gauche est fortement gonflée et de consistance dure. En l'incisant, on trouve sous la peau une tumeur brunâtre, de la grosseur d'un œuf de poule, qui microscopiquement présente les caractères d'une glande. En raclant au scalpel la surface de coupe, on peut enlever une substance crémeuse, jaunâtre.

On enlève tous les organes génitaux pour en faire un examen plus précis et on les fixe. On constate après, que les organes génitaux droits sont sains et que la glande de Bartholin et son canal excréteur manquent en totalité.

A gauche, la peau est saine et mobile sur la tumeur. La petite lèvre, plus petite que la droite, adhère à la tumeur par sa partie inférieure. En arrière, la tumeur adhère fortement au périoste de la branche ischio-pubienne. En bas, elle atteint la commissure postérieure de la vulve et on sent sa surface bosselée à travers la peau. En haut, elle repose sous la muqueuse de la partie inférieure du vagin et atteint la région inguinale.

*Examen anatomo-pathologique.* — A la coupe on voit que la tumeur se compose de grandes loges se subdivisant en plus petites de second et de troisième ordres et délimitées par des cloisons conjonctives d'épaisseur diverse. Les alvéoles les plus grandes ont un diamètre de 1 millimètre à 1 millimètre 1/2. Elles contiennent une substance caséuse, semblable aux exsudats croupaux des alvéoles pulmonaires.

Le stroma conjonctif renferme un pigment qui colore aussi le contenu des grandes alvéoles, très probablement diffusé lors de la conservation de la pièce par les liquides

fixateurs. Ce contenu est formé de cellules rondes ou polymorphes présentant les différents stades de la dégénérescence graisseuse.

Le stroma conjonctif contient de nombreux vaisseaux gorgés de sang. Le pigment se présente sous forme de fines granulations, d'une couleur brun sombre. A la périphérie de la tumeur, on voit au microscope des cordons flexueux et anastomosés qui semblent correspondre aux vaisseaux lymphatiques extrêmement dilatés.

A la partie interne, on trouve un conduit dans lequel on peut introduire un stylet, c'est le canal excréteur de la glande.

On conclut à un carcinome mélanique de la glande de Bartholin, à cause :

1° De la structure glandulaire de la partie centrale de la tumeur.

2° De la terminaison en cul-de-sac du canal excréteur dans la tumeur et que celle-ci l'engaine jusqu'à son orifice et lui adhère.

3° De la mobilité de la peau dans tous les points.

### OBSERVATION III

(Résumée)

(G. Geist. Inaug. Dissert. Halle a. G. 1887)

Femme de 59 ans; antécédents sans importances, quatre enfants. Depuis dix mois, la grande lèvre droite a augmenté de volume, donnant lieu à des vives douleurs, s'irradiant à la région inguinale, aux cuisses et au bassin. Le médecin diagnostiqua une hernie inguinale. La persistance des douleurs et l'accroissement de la tumeur obligèrent la malade à s'aliter. Il y avait des obstacles mécaniques à la miction et à la défécation.

La malade est cachectisée avec teint jaune paille. Elle marche en écartant les jambes.

La grande lèvre droite a le volume d'un poing. La tuméfaction va de la symphise à l'anus. La peau est saine, mais très tendue et présente un riche réseau de veines fortement dilatées. La tumeur est arrondie, bosselée, dure, de la grosseur d'une pomme rainette.

On diagnostique un néoplasme malin de la glande vulvo-vaginale, vu son siège.

On peut cathétériser le canal et par lui s'écoule un liquide crémeux, riche en cellules. Pas d'adénopathie inguinale.

*Opération.* — Excision de la tumeur, de son canal et de la muqueuse vaginale adhérente. Sutures profondes; tamponnement à la gaze iodoformée. Fièvre. Intoxication iodoformique. La malade sort avec une plaie de bon aspect, presque fermée, quarante-cinq jours après.

*Examen anatomo-pathologique.* -- Cette tumeur est dure, à surface raboteuse. A la coupe on voit un tissu pâle avec des points alternativement sombres et clairs; rouge brunâtre vers les bords.

La charpente du néoplasme est constituée par du tissu fibreux, dur, condensé à la périphérie, possédant des adhérences intimes avec les tissus environnants.

Au microscope, on voit, sous la muqueuse vaginale, des tissus conjonctifs, circonscrivant des lacunes bourrées de cellules carcinomateuses, polymorphes, de grosseur moyenne, fortement colorées.

On voit éparses des cellules cylindriques ayant subi la dégénérescence graisseuse. Entre le tissu néoplasique apparaissent des acini ou des canaux glandulaires normaux ou plus ou moins altérés.

Le stroma possède de nombreux vaisseaux, surtout à la

périphérie. On voit aussi des fibres musculaires lisses.

Ailleurs, la dégénérescence graisseuse est plus marquée ; les cellules cylindriques elles-mêmes présentent ce mode de dégénérescence aux divers stades.

La glande de Bartholin est donc l'origine du néoplasme à cause :

1° Du siège de la tumeur qui est celui de la glande ;

2° La tumeur est sous-cutanée et la peau est saine et mobile à son niveau ;

3° Le canal excréteur adhère intimement au néoplasme.

En outre, il y a dans le néoplasme des conduits et des acini glandulaires sains.

#### OBSERVATION IV

(Résumée)

(Fir. Schweizer. Arch. für Gynækol. S. 1893)

Femme de 58 ans, multipare. Ayant eu une bartholinite à droite.

En bonne santé, elle remarque une induration du volume d'un œuf de pigeon, dans l'épaisseur de la grande lèvre droite. Le canal excréteur est un peu dilaté et pénètre dans la tumeur à une profondeur de un centimètre environ.

Les ganglions inguinaux sont durs, mobiles, du volume d'un gros pois des deux côtés.

On porte le diagnostic d'une induration inflammatoire chronique, consécutive à un abcès de la glande.

Trois ans après, la tumeur a le volume d'un gros œuf de poule ; le canal excréteur est très dilaté et admet l'introduction de l'extrémité de l'index. Le moindre contact provoque un écoulement sanguin.

La peau est adhérente à la tumeur et l'empâtement s'étend à toute la vulve. L'adénopathie inguinale reste stationnaire.

*Opération.* — On excise la tumeur en totalité en la détachant de l'os ; mais on laisse les ganglions inguinaux.

Trois mois plus tard, un des ganglions du côté droit atteint le volume d'un œuf de poule, grossit rapidement et se fixe de plus en plus ; mais la malade refuse une nouvelle opération.

*Examen anatomo-pathologique.* — Macroscopiquement on a une tumeur de consistance ferme dont la coupe donne un suc blanchâtre par raclage. Le canal excréteur possède à son orifice une muqueuse saine qui, un peu plus loin, est remplacée par du tissu néoplasique.

Au microscope, on trouve un stroma conjonctif dense circonscrivant des alvéoles rondes ou ovales, remplies de petites cellules épithélioïdes polyédriques à noyau volumineux, très colorés. On ne voit pas de substance intercellulaire, mais quelques leucocytes isolés.

Le stroma contient du tissu conjonctif néoformé en abondance, des fibres musculaires lisses et des faisceaux striés volumineux à la périphérie de la tumeur. On voit aussi des cellules ayant subi la nécrose ou la dégénérescence grasseuse.

L'épithéliome de la peau, de la muqueuse et des autres glandes étant intact, on conclut par élimination à un néoplasme développé dans la glande de Bartholin. On ne trouve pas du tissu glandulaire, ce qui enlève à l'observation quelque peu de sa valeur. Mais, chose intéressante à remarquer, c'est que la tumeur succède à une ancienne bartholinite.

## OBSERVATION V

(Résumée)

(J. H. Honan. Inaug. Dissert., Berlin, 1897)

Femme de 40 ans. Se présente en avril 1896 au docteur Th. Haudan.

Dit avoir remarqué, deux ans auparavant, une petite nodosité à la partie postérieure de la grande lèvre du côté droit. A la suite de caustiques et de pommades appliqués par un médecin, la malade sentit de vives douleurs, surtout au moment du coït. La tumeur se reproduisit bientôt, sans se développer rapidement toutefois.

La menstruation est régulière, avec quelques légères métrorragies de temps à autre. A la miction et après la miction, la malade ressent des douleurs avec élancements dans le bas-ventre. Constipation opiniâtre et amaigrissement très marqué depuis un an.

La partie inférieure de la grande lèvre droite présente une tuméfaction sphérique, de la grosseur d'une grosse prune, s'étendant jusqu'à la commissure vulvaire postérieure. Cette tumeur semble mobile. La peau, la muqueuse vaginale, la partie supérieure de la grande lèvre semblent normales.

La tumeur un peu sensible à la pression est lisse, dure, bien délimitée.

Dans le sillon nympho caronculaire on voit l'orifice du canal excréteur, qu'on ne peut pas cathétériser. Pas d'adénopathie inguinale.

A cause de son siège et de l'absence de fluctuation on porte le diagnostic de tumeur solide de la glande.

Le 14 avril on excise la tumeur et la malade sort le 25 avril, la plaie étant cicatrisée.

Quelques mois après l'opération, la malade remarque dans la région inguinale droite une tumeur qui s'accroît rapidement, ce qui l'engage à revenir en 1897.

La cicatrice ne présente ni induration ni altération ancienne. A la partie interne du pli inguinal droit, au-dessous de la cicatrice, on sent une tumeur dure, lisse, bosselée, sans adhérences, de la grosseur d'une prune.

— On extirpe de suite la masse ganglionnaire et on suture.

Revue plusieurs mois après, l'état de la malade est parfait.

*Examen anatomo-pathologique.* On est en présence d'une tumeur dure ; formée d'une coque fibreuse envoyant à l'intérieur des tractus qui limitent des alvéoles remplies de masses molles d'un gris rougeâtre ; c'est l'aspect d'une glande en grappe.

Au microscope on voit à la périphérie une sorte de capsule conjonctive, puis un tissu connectif feutré contenant de nombreux vaisseaux gorgés de sang.

Au centre le même aspect se présente à nous : une charpente conjonctive comprenant des vaisseaux et des fibres lisses ; et un élément épithélial prédominant ici, qui forme un réseau enchevêtré en tous sens. Les cellules de ces cordons épithéliaux sont petites, polymorphes, à noyau arrondi ou ovalaire.

Une coupe faite au point correspondant à l'origine du canal excréteur nous montre des petits canaux, à lumière étroite ; tapissés d'une bordure de hautes cellules cylindriques, à gros noyau basal et protoplasma clair. Ces petits conduits se réunissent et forment le canal qui va du centre de la tumeur à la vulve.

Les ganglions extirpés sont mous, leur volume varie

de celui d'une fève à celui d'une prune. A la coupe, ils présentent une couleur gris rougeâtre, chagrinée, donnant un suc abondant pour le raclage. La substance propre du ganglion a été remplacée par une trame conjonctive riche en petites cellules et par des volumineux cordons et amas épithéliaux.

Le diagnostic du cancer de la glande de Bartholin est confirmé :

1° Par l'existence, en pleine masse néoplasique, des ramifications du canal excréteur.

2° Par l'existence, au sein du néoplasme, des restes du parenchyme glandulaire.

#### OBSERVATION VI

(Péhan. — Communication à la séance du 28 avril 1903  
de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Vienne.)

Femme de 77 ans. Présentant au niveau de la grande lèvre droite, une tumeur dure, bosselée, mobilisable sur les plans sous-jacents, de la grosseur d'une noix, s'étant développée rapidement.

L'utérus, les annexes et le vagin sont sains. Les ganglions inguinaux sont tuméfiés des deux côtés, mais surtout à droite. La néoplasie est enlevée facilement.

L'examen anatomo-pathologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma à cellules cylindriques.

#### OBSERVATION VII

(Mackenrodt. Zeitschrift für Geburtsh. u. Gynäkol., 1893)

Femme de 54 ans. Depuis trois mois, la malade a remarqué l'existence dans la grande lèvre gauche, d'une tumeur très douloureuse qui s'est accrue rapidement. La

tumeur, de la grosseur d'un poing, fait bomber en dedans la grande lèvre en la déformant. Le canal excréteur est très dilaté et oblitéré par des masses néoplasiques. Au centre de la tumeur on voit une cavité du volume d'un œuf de pigeon, où débouche le canal excréteur.

On excise la tumeur jusqu'aux tissus sains et on cautérise la plaie qui cicatrise par bourgeonnement.

On conclut que la glande est le point de départ de la tumeur.

1° Parce qu'elle siège au point d'élection et fait saillie à la face interne de la grande lèvre ;

2° Parce que le canal excréteur, dilaté et oblitéré, aboutit au centre de la tumeur.

L'examen histologique n'a pas été fait.

### OBSERVATION VIII

(A. Martin. — Pathologic. u. Therapie. der Frauenkr., 1893)

On enlève un carcinome de la glande de Bartholin à une femme de 77 ans, avec adénopathie inguinale. Quatre ans plus tard survint une récurrence et la malade mourut.

### OBSERVATION IX

(Résumée) : *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1904, 31, 1, 100.

(O. Von Frisch. Monatsschrift. für Geb. and Gyn., 1904).

Femme de 77 ans, multipare (8 enfants), bonne santé habituelle, ménopause à 50 ans sans accidents.

En 1902 se fait voir pour une tumeur des ovaires génitaux externes. Elle dit que trois ans avant elle eut un écoulement muqueux abondant et à sa suite elle vit se

développer rapidement une tumeur à la vulve qui bientôt l'empêcha de marcher. Depuis longtemps l'écoulement est très abondant et parfois nauséabond ; elle n'a jamais eu d'hémorragie.

L'examen général montre de l'artério sclérose et de l'emphysème pulmonaire.

L'examen local montre la vulve béante et comblée par une tumeur qui en sort. Cette tumeur est rouge, de la grosseur d'une noix, semblable à un chou-fleur, recouverte par une membrane vitrée qui se reproduit rapidement par bourgeonnement si on l'enlève ; légèrement saignante et indolore. Sa consistance est dure ; elle repose sur un pédicule large et court, implanté à droite et en bas.

Il y a une adénopathie inguinale bilatérale, prédominante à droite. Ailleurs tout semble normal.

Le 11 février on fait l'ablation large de la tumeur. Le 20 février la cicatrice est faite et les ganglions sont désenflés.

La surface de la tumeur a l'aspect d'un chou-fleur, à bords irréguliers, émergeant de son pédicule, comme un papillome. Le pédicule est rude, grossier, blanc-nacré et pénètre la tumeur dans une étendue de 1 centimètre de profondeur.

La tumeur est solide ; ne montre ni foyer d'hémorragie ni ramollissement.

*Examen microscopique.* — Le stroma conjonctif, dur, présente à la base de la tumeur tous les signes d'une inflammation aiguë ou chronique. On trouve une abondante prolifération des cellules fixes et de l'endothélioma des vaisseaux qui oblitère la lumière ; infiltration de petites cellules et de polynucléaires.

Le néoplasme siège sur ces granulations, sans entrer

profondément ; il se compose en majeure partie de formations dures, séparées les unes des autres par des cavités profondes diversement ramifiées. Le stroma de ces formations est constitué par des cordons d'épaisseur différentes, riches en vaisseaux sanguins et en cellules sur lesquels reposent les cellules néoplasiques, disposées en rangées régulières. Il y a un épithélium cylindrique pluristratifié, à noyaux oblongs, petits, bien colorés et situés à la base ; certaines cellules sont devenues caliciformes.

A la base de la tumeur on a trouvé un petit kyste isolé, revêtu d'un épithélium qu'on doit considérer comme un reste de la glande. Nulle part, ailleurs, on a trouvé du tissu glandulaire normal.

La plus grande partie de la tumeur présente le tableau d'un simple papillome ; mais on observe à divers endroits des signes certains d'une dégénérescence carcinomateuse. Les cellules sont plus grandes, irrégulièrement disposées ; les noyaux sont pâles, grands et segmentés. Le tissu conjonctif environnant a réagi. Un petit amas de ces cellules se trouve au milieu du stroma par métastase faite à travers les lymphatiques.

Il s'agit donc d'un épithélioma papillaire analogue au cancer villeux de la vessie.

On conclut à un épithélioma issu du canal excréteur de la glande de Bartholin :

1° A cause du siège de la tumeur qui est celui de la glande ;

2° A cause des cellules cylindriques qui le constituent et qui appartiennent à ce canal.

Si on n'a point trouvé de glande, c'est peut-être à cause de l'âge avancé de la malade.

L'adénopathie inguinale peut s'expliquer par l'inflammation de la tumeur.

#### OBSERVATION X

(D<sup>rs</sup> Boursier et Roche. Soc. d'Obs. et Gyn. de Bordeaux. 26 nov. 1904)

Femme de 57 ans, réglée à 20 ans, très irrégulièrement ; trois grossesses normales ; accouchements normaux ; ménopause sans accidents à 54 ans.

Depuis deux ans, la malade a des pertes purulentes, d'odeur fétide ; et son linge est parfois taché de sang. On lui conseille une intervention qu'elle refuse. Depuis 6 mois elle se plaint de douleurs lancinantes, à peu près constantes, localisées à la vulve et s'irradiant à l'anus ; au même temps les hémorragies deviennent plus fréquentes. La miction est très douloureuse et l'urine éveille au contact de la vulve une sensation de brûlure.

La malade entre le 2 novembre à l'hôpital ; très amaigrie, pâle, sans appétit, constipation opiniâtre.

A l'examen local on constate sur la face interne de la grande lèvre gauche, une tumeur oblongue, ayant la surface d'une pièce de cinq francs ; elle est mamelonnée ; couleur rouge vif, et saigne au moindre contact. Sa consistance est mollassse. Elle repose sur un court pédicule, implanté par une large base à mi-chemin de la fourchette et de la base de la petite lèvre gauche.

*Opération* (8 novembre). — Large exérèse de la tumeur. Réunion par première intention. La malade sort le 24 novembre.

*Au microscope.* — La tumeur paraît constituée par des tubes à parois épaisses, formés par plusieurs assises de cellules, laissant au centre une petite cavité. Les cellules

les plus externes sont cylindriques ; les autres polyconiques par pression réciproque. On ne voit nulle part de membrane basale bien apparente, mais presque partout le contour des tubes épithéliaux est limité par une ligne très nette. Nulle part les cellules épithéliales ne semblent avoir envahi le stroma.

Ce stroma est peu abondant, réduit à de minces travées qui séparent les tubes entre eux. Ces travées portent des petits vaisseaux qui s'épanouissent à la surface du néoplasme en un riche réseau de capillaires gorgés de sang.

Autour du pédicule, la paroi vestibulaire présente un épithélium normal avec un derme infiltré de nombreux leucocytes.

Il s'agit donc d'épithélioma cylindrique primitif selon toute apparence, car l'étude des phénomènes fonctionnels et l'examen de la malade n'ont pas révélé la présence d'un autre néoplasme.

La nature histologique de cette tumeur, sa localisation, nous portent à penser qu'il s'agit d'un épithélioma, développé aux dépens du canal excréteur de la glande de Bartholin.

## OBSERVATION XI

(Résumée)

(Gaston Chaboux. — Th. de Lyon, 1906)

Femme de 56 ans. Antécédents héréditaires sans importance.

Entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon en mars 1905. Elle fut opérée par M. le professeur Tixier 10 ans auparavant d'une tumeur solide de la grande lèvre gauche, dont

l'examen histologique ne fut pas fait. Cicatrisation rapide.

Sept ans après, la malade s'est aperçue qu'une petite tumeur analogue à la précédente se développait dans la profondeur au tiers postérieur de la grande lèvre droite. Elle était de la grosseur d'une noisette, peu douloureuse, peu sensible à la pression, elle n'augmentait pas notablement de volume.

Depuis quelque temps la tumeur s'accroît rapidement et fait saillie à la face interne de la grande lèvre où se développent rapidement aussi des végétations. La tumeur devient douloureuse et gêne par son volume. La malade maigrit énormément.

A l'entrée à l'hôpital la malade présente tout le tableau de la cachexie cancéreuse.

La grande lèvre droite est le siège d'une tuméfaction du volume d'un poing, dure, mal délimitée, adhérente aux plans sus et sous-jacents. La tumeur fait une saillie considérable du côté de la vulve; la muqueuse en ce point est recouverte de végétations mollasses, saignant facilement et ayant envahi tout l'orifice vulvaire, le périnée et l'anus; en avant elles arrivent jusqu'au vestibule.

Le toucher vaginal, très douloureux, permet de constater que l'utérus et les annexes sont sains. La paroi vaginale droite, dans son quart inférieur est adhérente à la tumeur qu'elle recouvre.

Les végétations vulvaires laissent écouler un liquide sanieux et fétide; petites hémorragies fréquentes à l'occasion du moindre contact.

Les ganglions inguinaux sont durs, indolores, du volume d'un pois à celui d'une noisette.

La cicatrice de l'opération antérieure est souple, linéaire.

L'état précaire de la malade contre-indiquait une intervention large et totale et on se décida à faire une opération palliative consistant en une excision de la tumeur et des végétations sans toucher les ganglions.

Quelques jours après la malade sortait avec une plaie bien cicatrisée ; les ganglions restaient stationnaires. l'état général s'était beaucoup amélioré.

*Examen anatomo-pathologique:* - Macroscopiquement on a une masse dure constituée par la tumeur, les végétations et les tissus avoisinants infiltrés. Un suc abondant s'écoule en raclant la coupe de la substance dure. On ne trouve pas le canal excréteur.

Au microscope on a d'immenses cavités tapissées par une seule couche de très hautes cellules cylindriques, au centre de ces tubes on voit toujours une lumière, si petite soit-elle. Ce noyau vésiculeux, allongé, reste basal, le protoplasma est granuleux. De temps en temps on voit une grosse cellule caliciforme.

Le stroma qui sépare les formations épithéliales est très peu développé et on le voit très riche en cellules rondes ou ovales et en vaisseaux de nouvelle formation. C'est dans ce stroma qu'on a la preuve du développement rapide de la tumeur, dont le caractère typique, à ne considérer que les éléments épithéliaux, pourrait faire douter.

L'épithélium cylindrique à cellules caliciformes et le stroma ne nous permettent pas de douter de l'origine glandulaire de la néoformation.

On ne trouve pas de fibres lisses ni striées.

Cet examen inspire un légitime rapprochement du cancer bartholinien, des épithéliomas typiques de la cavité cervicale et du corps de l'utérus et à cause des cellules caliciformes, des épithéliomas cylindriques à cellules caliciformes de l'ovaire.

## OBSERVATION XII.

(Polaillon, maladies des femmes (résumée), Paris, 1901, ob. 50).

Epithélioma de la vulve consécutif à des abcès récidivants de la glande vulvo-vaginale. — Ablation. — Guérison.

Femme de 49 ans, sans antécédents carcinomateux.

A 18 ans, abcès de la petite lèvre gauche ; s'ouvre spontanément et guérit en 15 jours.

A 21 ans, nouvel abcès au même point ; ouverture et guérison spontanée en 15 jours.

Puis, mariage et accouchements avec hémorragie consécutive amenant une grave anémie.

En 1881 nouvel abcès qui s'ouvre spontanément et laisse une fistule qui persiste pendant six mois, malgré incision de l'ouverture.

En 1885 une excroissance en chair apparaît à l'endroit de ces abcès à répétition ; on la cautérise ; la petite tumeur s'ulcère et au-dessus d'elle une nouvelle tumeur se développe.

En 1886 la malade rentre à l'hôpital en bonne santé apparente.

Sur la face interne de la petite lèvre gauche, existe une tumeur du volume d'une noix ; divisée en 2 lobes ; le supérieur, arrondi, recouvert de peau saine ; l'inférieur, ulcéré et végétant sécrète un liquide séro-purulent.

Cette tumeur est dure ; ne présente pas d'adhérences profondes. Pas de ganglions inguinaux. On porte le diagnostic du cancer de la petite lèvre, consécutif à une bartholinite suppurée.

Le 6 mars on fait l'ablation large de la tumeur au thermocautère. Lavages au sublimé au 1/1000°. Le 3 avril la cicatrisation est complète et la malade guérie.

Trois ans après — pas de récidence.

*Examen de la tumeur.* — Il montre que la tumeur est formée par une prolifération épithéliale, avec dégénérescence colloïde des culs-de-sac et des canaux excréteurs de la glande de Bartholin.

### OBSERVATION XIII

(Résumée)

Polailon. (Loc. cit. obs. 51). — Epithélioma de la glande de Bartholin débutant par une bartholinite suppurée. — Ablation. — Guérison.

Femme âgée de 62 ans. Il y a six mois, à la suite d'une chute, ressentit une douleur à la vulve qui s'est vite dissipée.

Trois mois après, sans cause apparente, elle s'est aperçue qu'une petite tumeur dure, peu douloureuse se formait à la partie moyenne et interne de la grande lèvre droite. La tumeur avait à ce moment la grosseur d'une noisette. Sans s'étendre beaucoup elle s'enflamma et devint très douloureuse. Malgré un traitement calmant et résolutif, l'inflammation suppura et un abcès s'ouvrit spontanément. La douleur devenue de plus en plus vive, empêchait la malade de marcher.

Actuellement, la grande lèvre droite est gonflée dans toute son étendue. A la partie moyenne on voit une tumeur inflammatoire, dure, allongée, rougeâtre, de la grosseur d'un œuf de poule, très douloureuse. Deux fistules s'ouvrent à la face interne de la grande lèvre.

On diagnostique bartholinite chronique suppurée. Les ganglions du pli de l'aîne droite sont engorgés.

L'incision est très hémorragique et démontre qu'il s'agit d'une tumeur de la glande vulvo-vaginale qui paraît être de nature cancéreuse.

Excision et réunion par première intention. L'engorgement ganglionnaire persiste et la cicatrice présente quelques points d'une induration suspecte.

L'examen histologique montre que la glande de Bartholin est envahie par un épithélioma lobulé, consécutif à une inflammation suppurée de cette glande.

#### OBSERVATION XIV

(Résumée,

(Blumcke. Thèse Halle, 1891)

Femme de 61 ans. Ménopause à 50 ans. Quatre accouchements normaux, un avortement.

Depuis cinq mois, la malade ressent des douleurs aux parties génitales, en s'asseyant et en marchant. Dernièrement, elle a ressenti des douleurs lombaires et un écoulement.

*Etat génital.* — Une surface ulcérée et indurée remplace la commissure postérieure ; elle s'étend en arrière vers l'anus et en haut un peu à l'intérieur du vagin. Cette ulcération rouge sombre est un peu à gauche de la ligne médiane. Une ulcération analogue, de la grandeur d'une pièce d'un mark, se trouve sur la partie postéro-interne de la petite lèvre gauche ; sur la grande lèvre gauche, une surface ulcérée plus petite.

La moitié antérieure du sphincter rectal présente une infiltration de consistance dure, de même le tissu para-rectal du côté gauche. Les ganglions inguinaux sont sensibles à travers la peau.

On fait une large excision de la tumeur et des tissus infiltrés. Quelques jours après, on pratique l'ablation des bourgeons de cicatrisation suspects et indurés. Les gan-

glions inguinaux gauches sont durs et forment une tumeur de la grosseur d'une noix.

(Blumcke ne parle pas d'examen microscopique.)

## OBSERVATION XV

(Résumée)

(Lestrade. Archives médicales de Toulouse, 1901)

Femme âgée de 45 ans. Antécédents sans importance.  
Un accouchement à 18 ans.

Entre à l'hôpital en 1898. Trois ans avant elle avait constaté par hasard dans la grande lèvre droite une induration de la grosseur d'un pois, qui atteignit bientôt celle d'une noisette ; la tumeur était mobile, indolore à la pression et non gênante. La prenant pour une hernie, la malade l'a négligée : lorsque six mois avant son entrée à l'hôpital, elle constata une augmentation rapide et progressive de la tumeur. La marche devint pénible ; la pression était douloureuse et la malade éprouvait parfois des douleurs lancinantes, s'irradiant dans l'aîne et la cuisse.

A l'examen, on trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, dure, inégale, bosselée, douloureuse à la pression ; elle occupait les deux tiers inférieurs de la grande lèvre droite, s'étendant du côté du pubis, sans lui adhérer cependant. La peau était saine mais pas bien mobile sur la tumeur. Le canal excréteur était oblitéré. Dans les aînes, on sentait des petits ganglions durs et mobiles.

L'absence d'une bartholinite aiguë dans les antécédents de la malade, la dureté de la tumeur, son inégalité, les adhérences partielles et l'allure rapide du développe-

ment plaident plutôt en faveur d'une tumeur maligne de la glande, que d'une bartholinite chronique.

L'opération fut facile et la malade sortit guérie treize jours plus tard.

*Examen macroscopique.* — Tumeur à forme ovoïde, de la grosseur d'un œuf de poule, surface mamelonnée et entourée par une mince capsule fibreuse ; consistance dure, squirrheuse.

*Examen microscopique.* — A la coupe on voit une série de petits îlots arrondis de tissus muqueux, séparés les uns des autres par des minces cloisons conjonctives. Ces îlots se divisent en un certain nombre de lobules arrondis semblables aux acinis glandulaires ; ils sont constitués par des éléments d'apparence épithéliale. Ces lobules quoique ayant un bord net, ne possèdent aucune enveloppe aux parois propres. Les cellules sont petites, à gros noyau. Elles ne forment pas au pourtour des espaces clairs, une bordure aussi régulière que les vraies épithéliomes glandulaires ; en certains points elles se disposent en une rangée à type cubique ou cylindrique bas ; mais n'ont pas une orientation constante par rapport à la cavité.

Les cavités sont circulaires, en général, et renferment une masse opalescente, très finement grenue, contenant des noyaux ou des cellules plus ou moins déformés.

Le tissu conjonctif du stroma est peu riche en cellules fusiformes ou étoilées et possède un réseau capillaire assez abondant.

Les substances contenues dans les cavités sont des bourgeons de substance connective qui ont pénétré dans les amas épithéliiformes et qui ont subi une transformation hyaline.

Dans d'autres points de la tumeur les lobules n'ont plus la structure pseudo acineuse ; mais les travées épithéliales

et conjonctives sont enchevêtrées à l'infini : ici la charpente connective est muqueuse et non hyaline.

Les préparations colorées à la thionine montrent que la métamorphose muqueuse se trouve fréquemment associée à la dégénérescence hyaline et qu'on passe de l'une à l'autre par une gradation insensible, ainsi qu'à l'état fibrillaire normal.

Ailleurs, le néoplasme figure simplement un carcinome à réseau cellulaire ténu et serré.

Il est hors de doute qu'il s'agit d'un cylindrome des plus typiques.

## OBSERVATION XVI

(Résumée)

(Docteurs Begouin et Roche. Société de Gynéc. 22 oct. 1907)

Femme de 52 ans. Entrée à l'hôpital pour fibromes sous-séreux multiples avec sténose vaginale serrée. Hystérectomie abdominale sub-totale en 1904.

Depuis deux ans la malade a vu se développer dans la grande lèvre droite une tumeur qui a augmenté de volume progressivement. Au moment de son entrée la tumeur a le volume d'un petit œuf, oblongue, qui occupe la partie moyenne de la grande lèvre et qui horizontalement a dédoublé la petite lèvre en surface.

La peau est saine, mobile et amincie ; à travers elle, la tumeur apparaît bleuâtre. la palpation est indolore ; on sent une masse mamelonnée, fluctuante, sans pédicules profonds, ni adhérences. Un peu de douleur pendant la marche.

*Opération.* Ablation rendue délicate par l'existence de tractus fibreux et vasculaires unissant la tumeur à la

partie profonde du derme et aux tissus de la grande lèvre.

Réunion par première intention. La malade sort guérie quinze jours après.

*Examen de la pièce.* — La tumeur est formée par des kystes de volume inégal, séparés par une cloison mince et contenant un liquide visqueux et hématique.

La paroi des kystes est mince, sa surface intime est lisse, blanche ; on y voit des petites saillies en choux-fleurs de deux ou trois millimètres de diamètre.

Au microscope, on voit que la paroi de ces kystes est constituée de l'extérieur à l'intérieur par :

1° Un tissu conjonctif serré, à faisceaux parallèles, très vasculaires ;

2° Un tissu conjonctif plus riche en cellules et noyaux étoilés ;

3° Un épithélium cylindrique unistratifié, reposant sur une basale.

En certains points, cet épithélium s'enfonce dans le tissu conjonctif en formant des tubes à aspect glandulaire.

Ici il est soulevé par des hémorragies ; ailleurs, il est desquamé.

Dans d'autres points il prolifère et forme des amas cellulaires pluristratifiés, ces cellules sont orientées dans tous les sens.

Ces végétations intrakystiques contiennent une charpente conjonctive formée par du tissu peu dense, peu vasculaire, riche en cellules, recouverte d'un épithélium semblable à celui du reste de la poche. Il naît :

1° De nombreux tubes glandulaires très allongés.

2° Des productions papillaires qui, elles aussi, comprennent :

a) Une charpente conjonctive analogue à l'autre.

b) Un épithélium pluristratifié, dont la première assise est cylindrique; les autres étant petites et polygonales par pression réciproque.

Les papilles principales émettent à leur tour des secondaires et ainsi de suite.

L'aspect de la coupe rappelle celui des kystes papillaires, malins de l'ovoïre.

### OBSERVATION XVII

Wolff rapporte un cas de carcinome de la glande de Bartholin. Adénocarcinome glandul. Bartholini Jahrbuch für geb. in Frauenk.

### OBSERVATION XVIII

(Résumée)

Schlüter-Ein Fall von Doppelseitiger-Sekundärer  
Eikvankung der Bartholinischen Drüse an Karzinom Centralblatt  
für Gynäkologie, 1908.

A propos de carcinome bilatéral secondaire de la glande de Bartholin.

Femme âgée de 49 ans. Père mort de carcinome gastrique à l'âge de 56 ans. Multipare. Menstruation régulière, toujours très abondante (8 jours).

Depuis quelques mois la malade a remarqué l'augmentation de volume de ses organes génitaux externes et présente des pertes sanieuses fétides.

A l'examen on sent à la partie inférieure des grandes lèvres, des deux côtés, une tumeur de la grosseur d'une châtaigne. Les tumeurs arrivent au contact sur la ligne médiane, de telle façon que l'exploration digitale intravaginale est impossible.

*Diagnostic.* — Néoplasie des glandes de Bartholin, très probablement de nature maligne.

*Opération.* — Extirpation facile des deux tumeurs.

Examen anatopath. — Au microscope on trouve un carcinome glandulaire.

Après l'opération, on trouve l'utérus augmenté de volume en totalité et son fond est bosselé. Un écoulement hémorragique sanieux et fétide sort de son col. On fait alors un curettage explorateur très soigneux et on retire une énorme quantité de substance néoplasique. On fait alors une hystérectomie totale.

L'utérus est du volume d'un poing. Dans le péritoine on trouve un épanchement peu abondant mais de très mauvais aspect. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un carcinome du corps de l'utérus.

La cachexie interne tua la malade six mois après. A l'autopsie on ne trouva aucun foyer de récurrence.

Il s'agissait donc, sûrement, d'un carcinome des glandes secondaires à celui de l'utérus ; le cancer primitif de ces glandes étant très rare.

## OBSERVATION XIX

(Résumée)

J. Fabricius. — Cancer de la glande de Bartholin.

Centralblatt für Gynäkologie, 1909

Femme de 49 ans. En 1903 elle remarqua à la grande lèvre droite, à l'endroit de la glande de Bartholin, une grosseur qui augmenta peu à peu ; huit mois après (mai 1904) on l'incise et du pus sort en abondance ; la guérison ne fut pas complète ; il restait un noyau dur, du volume d'une noisette qui, par la pression, laissait sourdre du pus. Une anémie intense s'ensuit.

Quelques mois plus tard, la nodosité suppurant et étant

douloureuse, on fit une ablation large après s'être rendu compte par le toucher rectal que la tumeur était mobile et qu'il n'y avait pas d'infiltration. La plaie s'infecta et une fistule intarissable s'établit. Une nouvelle intervention fut nécessaire.

En 1905, la femme revint, car un nodule dur s'était formé dans l'ancienne cicatrice, avait grossi rapidement dans les dernières semaines. A l'examen, on trouva dans le périnée, à gauche, une tumeur dure, mobile, indolore à la pression, de la grosseur d'une petite pomme. On porta le diagnostic de carcinome récidivant. On pratiqua l'ablation large, ce qui laissa une incontinence des matières fécales, car on s'est vu obligé d'exciser une partie du sphincter externe de l'anus.

Dix-huit mois plus tard, la femme revint, à cause du développement, à l'aîne gauche, d'une tumeur qui provoquait de pénibles douleurs au pied correspondant. Les anciennes cicatrices étaient saines. Nouvelle intervention.

Il y a quelques jours, la malheureuse revint encore, se plaignant d'une douleur dans la hanche. Très probablement une récidive.

Fabricius présente une préparation comme pour le *carcinome primitif des glandes de Bartholin*.

Au-dessous de la muqueuse normale, on voit la glande du volume d'une noix.

A la coupe on trouve : Au centre une cavité renfermant des mucosités et du pus.

Du tissu glandulaire, on ne trouve absolument rien.

On voit des boyaux de cellules épithéliales, séparés par un feutrage conjonctif peu abondant, mou et très vasculaire.

## CONCLUSION

I. Les tumeurs bartholiniennes primitives existent réellement, car en étudiant les examens microscopiques de toutes les observations citées, on trouve toujours du tissu glandulaire normal ou identique à celui de la glande de Bartholin ou de son canal ou plus ou moins déformé mais, toujours reconnaissable. On a toujours trouvé les hautes cellules cylindriques caliciformes caractéristiques de la glande en une seule couche ; à la vulve il n'existe pas d'autre organe possédant un tel épithélium.

II. — Il ne s'agit pas d'un épithélioma secondaire de l'utérus, car, sauf dans les cas de Blümcke et de Schüller, ces organes étaient sains.

III. — Les tumeurs malignes qu'on y trouve peuvent appartenir aux divers types histologiques des tumeurs épithéliales.

IV. — Les tumeurs de la glande proprement dite peuvent être solides (adénocarcinome ou carcinome mélanique et kystiques (épithélioma papillaire).

V. — Le canal peut être le point de départ d'un épithélioma cylindrique.

VI. — Les chances de salut sont étroitement liées à la précocité du diagnostic et partant à une large ablation de la tumeur avec soigneuse extirpation des cordons lymphatiques indurés et des ganglions inguinaux ou simplement suspects.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BÉGOUIN. — Maladies de l'appareil génital de la femme.  
Précis de pathologie chirurgicale, t. IV.

— Epithélioma primitif de la glande de Bartholin  
(Revue de médecine de Bordeaux, 1906).

BONNET. — Kyste et abcès des glandes vulvo-vaginales  
(Gaz. des hôpitaux, 1888).

BOSC. — Leçons d'Anatomie Pathologique à la Faculté de  
Montpellier (1913-1914).

BLUMCKE. — Ueber maligne tumore der vulvo (Inaug.  
Dissert. Halle. 1891).

BAGUSLANSKI. — Cancer af ethe glande of Bartholini  
(J. Akusch i-jensk Toliez Saint Pétesbourg 1905).

CHABOUX. — Des tumeurs malignes primitives de la glande  
de Bartholin (Th. Lyon 1906 p. 118)

COEN. — Adenoma della glandula del Bartholini. (Bulle-  
tin des sciences méd. de Bologne, 1889).

F. FABRICIUS. — Cancer de la glande de Bartholin (Revue  
d'Obst. de Vienne (Centralblatt. für Gynékologie,  
1909 p. 33, 995, 1001).

FILENX. — Tumeurs malignes primitives de la vulve (Th.  
Paris 1902).

FRISCH (O. Von) Carcinome de la glande de Bartholin  
(Monat. für geb. und Gyn. 1904).

FRITSCH. — Die Krankheiten der Frauen 1896.

- FORTERRÉ. — Du cancer primitif de la cloison recto-vaginale (Th. méd. Paris, 1892, n° 76).
- GEIST. — Ueber Carcinom der Bartholinischen Drüse (Inaug. Dissert. Halle, 1887).
- GODART. — Carcinome de la glande de Bartholin (Bulletin de la Société Belge d'Obst. et de Gyn., 1895, p. 99).
- GOLDSMIDT. — Carcinome de la vulve (Th. Leipsig, 1902).
- HONAN. — Ueber die Carcinome der glandulæ Bartholini (Inaug. Dissert., Berlin, 1897).
- HUGUIER. — Mémoires de l'Académie de médecine, 1850.
- KLOB. — Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane, 1864.
- LAHAYE. — Cancer primitif du vestibule de la vulve (Th. méd., Paris, 1888, n° 96).
- LESTRADE. — Contribution à l'étude des tumeurs solides de la glande de Bartholin (Arch. méd. de Toulouse, 1901).
- MAUREL. — Epithélioma vulvaire primitif (Th. méd., Paris, 1888, n° 285).
- MACKENRODT. — Carcinoma glandulæ Bartholinii (Teutsch für Geb. und Gynäk., 1893).
- MARTIN (A.). — Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten, 1893.
- PEYRACHI. — Tumeurs malignes de la vulve et du vagin (Th. de Paris, 1904).
- PALAILLON. — Maladies des femmes (Paris, 1891).
- POIRIER ET CHARPY. — Traité d'Anatomie humaine.
- SAVOURIN. — Le cancer primitif de la glande de Bartholin (Th. de Bordeaux, 1908).
- SCHLÜTER. — Ein Fall von doppelseitiger Skaundörer Erkrankung der Bartholinischen Drüse an Karzinom (Centralblatt für Gyn., 1908).

- SCHWEIZER. -- Carcinoma glandulæ Bartholini (Arch. für Gynäkologie, Berlin 1893).
- SINN. — Sur une tumeur rare de la vulve (Th. Marbusg. 1880).
- TROTTA. — Un caso di carcinoma della glandola di Bartholini. Arch. di obst. i Gyn. Naples, 1900.
- WILLIAMSON. — A note on adenoma of the Labium. The journal of obst. and Gynec of Brit. emp. sept. 1905.
- WOLFF. — Adenocarcinoma glandulæ Bartholoni Jorh-buch für geb. und Frauenkr, 1890.

Vu et permis d'imprimer,  
Montpellier, le 3 juillet 1914,

Le Recteur,  
A. BENOIST.

Vu et approuvé,  
Montpellier, le 3 juillet 1914.  
Le Doyen,  
MAIRET.

## SERMENT

---

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*

---





